

### Datos del asegurado

Nombre del Asegurado.....Nro.....  
Domicilio del Asegurado:.....  
Nro. Póliza:.....Vigencia desde:.....Vigencia hasta:.....  
Riesgo amparado:.....

### Datos del accidentado

Nombre y apellido:.....Edad:.....  
Domicilio:.....Localidad:.....  
Tipo y numero de doc.:.....Nacionalidad:.....  
Profesión:.....Especialidad:.....  
Estado civil:.....Sabe leer y escribir?:.....Es zurdo o diestro:.....

### Datos del siniestro

Fecha del accidente:...../...../.....Hora: .....Lugar de ocurrencia:.....  
Circunstancias en que se produjo:.....  
Tareas que realizaba el accidentado al momento del accidente:.....  
Fecha de abandono del trabajo:...../...../.....Tarea hab. del accidentado:.....  
Parte del aparato, maquina o útil que produjo la lesión:.....  
Parte del cuerpo lesionada:.....Lesión sufrida:.....  
Nombre del médico o establecimiento que prestó los primeros auxilios:.....  
Nombre del médico que atiende actualmente al accidentado:.....  
Se presta asistencia médica en: (consultorio, sanatorio, hospital, etc.):.....

### Observaciones

Se instruyó sumario policial o penal?:.....  
Indicar Secretaría y juez interviniente:.....  
Ha sufrido el accidentado otros siniestros antes del actual?:.....  
Fecha y lesiones sufridas anteriormente:...../...../.....  
Beneficiarios:.....  
Lugar y fecha en que se hace la denuncia:.....  
Nombre y apellido del denunciante:.....

**Documentación:** La presente denuncia, debe ser presentada en la casa central o las respectivas sucursales dentro de las 72 horas de ocurrido el siniestro.

Dentro de los 10 días de ocurrido el siniestro, se deberá presentar el certificado médico y demás documentación médica (historia clínica, protocolo operatorio, etc.)

Firma del denunciante

Firma del asegurado